Über Douglasabszesse beim Weibe.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

Paul Schlaghecken

aus

ESSERDEN

(Kreis Rees, Rheinprovinz.)

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielg. 20.
1914.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Referent: Prof. Dr. Fehling.

Der Douglas'sche Raum wird vorne begrenzt von der hinteren Cervixwand, seitlich durch die Ligamenta rectouterina, hinten durch das Rectum und Os sacrum und unten durch die obere Kuppe der hinteren Vaginalwand. Der nach oben hin offene Raum nimmt dort an den oberen Rändern der Ligamenta rectouterina sein Ende. Es führen daher die Douglasabszesse wohl nur unter Vorbehalt ihren Namen zu Recht, da sie sich meistens nicht auf diesen Raum beschränken, sondern den ganzen retrouterinen Raum mehr oder weniger ausfüllen.

Die klinischen Symptome eines Douglasabszesses können sehr wechselnd sein. Sie sind abhängig von der Art der infizierenden Bakterien, ihrer Virulenz, ihrer Masse, von der mehr oder weniger großen Widerstandskraft des Kranken, ferner davon, ob nur einmal eine Infektion stattfindet oder ob kleinere Infektionen sich häufig wiederholen, wie es bei chronisch erkrankten Tuben vorkommt. Das Fieber, das in einigen Fällen bis 39 und 40° steigt, kann in anderen Fällen vollständig fehlen. Ein großer Teil des am Schlusse folgenden statistischen Materials hat während der klinischen Behandlung keine Temperaturen über 37,2° gezeigt. Bei den akut verlaufenden Fällen findet man die Symptome der lokalen Peritonitis vorherrschend, hohes Fieber, starke Schmerzen im Leib, besonders in der Unterbauchgegend, Stuhlverhaltung, Erbrechen. Der Puls bleibt meistens ziemlich gut, ebenso das Allgemeinbefinden. Bei den milder und mehr

chronisch verlaufenden Fällen sieht man bei den Kranken die Zeichen chronischer Eiterung, blasses Aussehen, Abmagerung, Schwäche und Müdigkeit, Appetitlosigkeit. Auf den Sitz des Leidens weisen Schmerzen im Unterleib und im Kreuz und Stuhlverstopfung hin.

Khautz berichtet über einen Fall, bei dem durch Druck auf die Ureteren auch Harnverhaltung über mehrere Tage bestanden habe. Auch durch Katheter habe man nur wenige Tropfen Urin gewinnen können, während nach Ablassen des Exsudates sofort eine reichliche Harnsekretion einsetzte.

Im Gegensatz zu den klinischen Symptomen ist der objektive Befund bei Douglasabszessen meistens eindeutig und klar. Der Douglas'sche Raum ist meistens ganz ausgefüllt; die Ligamenta rectouterina nicht zu palpieren; der Uterus ist nach vorne gedrängt, eleviert; der Mastdarm allseitig komprimiert, das hintere Scheidengewölbe vorgetrieben, im akuten Stadium sehr schmerzhaft, in den ersten Stadien Fluktuation nachweisbar. Dazu kommt im akuten Stadium eine entzündliche Schwellung der hinteren Scheidenwand, die bisweilen bis fast zur Vulva hinunterreichen kann.

Nach Morian haben die Kranken das Bedürfnis, öfters kleine Mengen Wasser zu lassen, was nach seiner Meinung auf eine Mitbeteiligung der Blasenschleimhaut schließen läßt.

Hochenegg bezeichnet noch als ein sicheres diagnostisches Moment die Lähmung des Sphinkter Ani und gehäufte, spärliche Stühle von glasig-schleimiger Beschaffenheit. Auch fühle man bei der rectalen Untersuchung die entzündlich verdickte Darmwand mit glasigem Schleim bedeckt.

Bei chronischen Fällen von Entzündungen im kleinen Becken ist die Diagnose, ob wirklich ein Abszeß im

Douglas besteht, schwieriger. Vasten sagt: Die großen, chronischen, wie auch die minder großen, subakut oder akut entstandenen «harten» Exsudate erweisen sich in den meisten Fällen als Abszesse. Sie stammen meistens aus den Eileitern und liegen intraperitoneal. Die Diagnose ist schwierig, besonders in chronischen Fällen, da die Temperatur normal ist. Objektiv ist Elastizität nachweisbar, manchmal jedoch nur an einer kleinen Stelle des Tumors.

Fränkel betont noch die genaueste Beobachtung von Puls und Temperatur und empfiehlt mindestens dreimal täglich zu kontrollieren. Man finde alsdann öfters nach dreitägiger normaler Temperatur plötzlich ein Heraufschnellen derselben auf 38° und höher.

Als weiteres Hilfsmittel wird an der Klinik Fehling noch die Leucocytenzählung herangezogen. Eine Vermehrung derselben auf 14—20 000 läßt meistens auf Eiter schließen. Es kommen aber auch Fälle von Abszeß vor ohne Vermehrung der Leucocyten. Hochenegg erklärt die Leucocytenzählung für wertlos.

Gesichert wird die Diagnose eines Douglasabszesses durch den positiven Ausfall der Punktion.

Die Differentialdiagnose zwischen Douglasabszeß und entzündlichen Adnextumoren, Parametritis oder den beim Weibe so häufigen neoplastischen Tumoren des Uterus, der Ovarien oder der Ligamente ist gewöhnlich leicht zu stellen bei genauer Untersuchung und Beobachtung sämtlicher Symptome, die der Douglasabszeß macht. Es ist jedoch zu beachten, daß der Douglasabszeß einerseits Entzündungen der umliegenden Organe hervorrufen kann, andererseits nach Ansicht vieler Gynäkologen in den meisten Fällen aus entzündlichen Erkrankungen der Organe im kleinen Becken, besonders der Tuben, seinen Ursprung nimmt.

Hier möchte ich über 2 Krankheitsfälle der hiesigen Klinik kurz berichten, bei denen die Diagnose: Infiziertes, retrovaginales und retroperitoneales Hämatom, entstanden durch Versuch eines kriminellen Aborts, gestellt wurde und der objektive Befund jedesmal mit dem eines Douglasabszesses große Ähnlichkeit hatte.

Fall I.

Frau K. Sch. (Journal Nr. 635, 1913), 38 Jahre alt, früher stets gesund. Periode immer regelmäßig alle 4 Wochen, ohne Beschwerden; die letzte vor 2 Monaten. Die Frau hat 15 normale Geburten durchgemacht, die letzte vor 10 Monaten. Vor 3 Tagen spritzte sich Patientin nach eigener Angabe mit einer Aluminiumspritze gewöhnlichen Essig mit großer Gewalt in die Scheide; sofort leichter Blutabgang und heftige Schmerzen, leichter Ohnmachtsanfall, der sich am folgenden Tage noch einmal wiederholte. Seitdem dauernd Schmerzen im Leib.

Befund: Portio hochstehend, hinter der Symphyse, aufgelockert. Stinkender, fast jauchiger Ausfluß. Uterus dem 2. Monat entsprechend vergrößert, weich, nach vorn oben gedrängt durch einen im retrovaginalen Septum gelegenen, bis zum Douglas hin sich erstreckenden weichen, unbeweglichen Tumor mit undeutlicher Fluktuation.

Heilung durch Inzision und Drainage.

Fall II.

Frau C. H. (Journal Nr. 556, 1913), 40 Jahre alt. Patientin wird in der Nacht in die Klinik gebracht in sehr anämischem Zustande. Sie gibt an, daß sie seit 3 Tagen öfters etwas Blut aus den Genitalien verliere und klagt über starke Schmerzen im Unterleib. Früher sei sie stets gesund gewesen. Menstruation immer regelmäßig, ohne Beschwerden, die letzte vor etwa 3 Monaten.

Befund: Vulva etwas klaffend. Portio auffallend hochstehend, geschlossen; ziemlich reichlich Blutabgang. Hintere Scheidenwand vorgewölbt. Uterus dem 3.—4. Graviditätsmonat entsprechend. Im Douglas, oberhalb und zum Teil hinter der vorgewölbten hinteren Scheidenwand ein weicher, wie cystisch sich anfühlender Tumor. Bei rectaler Untersuchung wird festgestellt, daß derselbe den Darm nach hinten umgreift.

Die Laparotomie, welche wegen Verdachts auf rupturierte Tubargravidität sofort gemacht wurde, ergab einen retroperitonealen, bis etwas über das kleine Becken hinausreichenden Tumor, der bläulich verfärbt war. Schluß der Bauchhöhle ohne Eröffnung des Tumors. Noch an demselben Tage Spontanabort eines etwa 10 cm langen Fötus. Da die Placenta trotz innerer Mittel noch am 3. Tage nach der Geburt nicht kam, manuelle Lösung derselben. Hierbei platzt der retrovaginale Tumor und es ergießt sich reichlich altes Blut. Drainage und Tamponade der Höhle und Vagina. Am folgenden Tage Entfernung der Vaginaltamponade. Wenige Stunden später leichte Blutung aus der durch die Vaginalwunde eröffneten Höhle, die spontan steht. Am nächsten Tage stärkere Blutung, von der sich Patientin nicht erholt. Exitus an akuter Anämie.

Für die Entstehung eines Douglasabszesses kommen vor allen Dingen eiterig erkrankte Tuben in Betracht, mögen diese einer ascendierten Gonorrhoe oder einer puerperalen Infektion ihren Ursprung verdanken (F r o m m e). Dieser Meinung stimmt auch H. F r e u n d in einer kürzlich erschienenen Arbeit zu. Auch in der vorliegenden Statistik über 50 Fälle von Douglasabszessen nehmen 27 sicher ihren Ursprung von eiterig erkrankten Tuben. Es mag dies im allgemeinen in den Statistiken aus geburtshilflich-gynäkologischen Krankenhäusern zutreffen, in den Statistiken aus chirurgischen Abteilungen hat der Douglasabszeß ex appendicitide bedeutend den Vorrang. So berichtet M o r i a n über 25 Fälle von Douglasabszess, von denen 20 von einer Perityphlitis herrührten (Diagnose in jedem Falle durch Laparotomie gesichert), 2 von einer Darmtuberkulose und 2 nach Bauchhöhlenspülungen bei Magenoperationen entstanden waren. Nur einmal hatte ein Douglasabszeß mit Wahrscheinlichkeit von einer Eiterung aus der rechten Tube seinen Ursprung genommen. Nach der Meinung von Morian führen 5 Perityphlitiden je eine zu einem Douglasabszeß.

R o t t e r und ebenso H o c h e n e g g berichten, daß etwa 30 % der Abszesse nach Epityphlitis im Douglas ihren Sitz hätten.

Jene unter anderen auch von Geuer aufgestellte und von H. Freund bekämpfte Ansicht, daß die Entzündung des Blinddarmes auf präformierten Bahnen (Ligamentum Clado) sich in das kleine Becken fortsetze, wird auch von den meisten anderen heutigen Gynäkologen und Chirurgen verworfen. Sie nehmen vielmehr an, daß bei genügend starker Produktion von entzündlichem Exsudat oder Eiter nur die Gesetze der Schwere in Betracht kommen, da der Douglas'sche Raum sowohl beim Liegen, als besonders beim Stehen der tiefste Punkt der Bauchhöhle sei. Eine abnorme Lagerung oder Länge des Wurmfortsatzes, wie sie von Hochenegg, H. Freund und anderen besonders betont wird, scheint nicht eine direkte Vorbedingung zur Bildung eines Douglasabszesses zu sein, da in der Statistik Morians bei 50 % der Fälle der Wurmfortsatz an normaler Stelle fixiert und auch von normaler Länge war.

Ätiologie der in der Klinik Fehling seit dem Jahre 1901 behandelten Douglasabszesse.

Gonorrhoische Adnexerkrankung	13
Abszeß nach Partus oder Abortus	12
Abszeß nach Perityphlitis	5
Infizierte Hämatocele retrouterina	3
Tuberkulöse Adnexerkrankung	3
Postoperative Abszesse	3
Vereitertes Ovarialcarcinom	1
Tuberkulose des Dünndarms mit Perforation .	1
Salpingo- und Oophoritissuppurativa unbekannter Herkunft	2
Überhaupt unbekannte Ätiologie, wahrscheinlich Appendicitis	7
	50

Theoretisch kann ein Douglasabszeß aus den verschiedensten Ursachen entstehen, z. B. durch Perforation der Scheide oder der Cervix und direktes Einimpfen von wenig virulenten Keimen, durch hämatogene Infektion oder auf dem Lymphwege. Es sind noch Fälle von perforiertem, typhösem Darmgeschwür, von perforiertem Magenulcus, von perforierten gonorrhoischen Mastdarmgeschwüren und Douglasabszeß beschrieben worden, ferner noch Vereiterungen von Echinococcuscysten im Douglas'schen Raum und andere.

Können auch mechanische, chemische, thermische und andere Reize zu seiner Entzündung im menschlichen Körper führen, so sind doch bei Ausbildung eines Douglasabszesses wohl immer Bakterien als Ursache notwendig. Als Infektionserreger können alle Bakterien in Betracht kommen, die auch sonst als Eitererreger bekannt sind. Für die Behandlung und die Prognose ist es von geringer Wichtigkeit, ob Staphylococcen, Streptococcen, Pneumococcen oder Bacterium coli als Erreger nachgewiesen werden. Von größerer Bedeutung ist der Nachweis von Gonococcen, Tuberkelbazillen oder Actinomycespilzen, von Gonococcen wegen der voraussichtlich länger dauernden, eventuell operativen Nachbehandlung, von Tuberkelbazillen und Actinomyces wegen der schlechten Prognose.

Die Behandlung des Douglasabszesses soll eine chirurgische sein und besteht in der Eröffnung und Drainage. Folgende 4 Wege im wesentlichen sind zu seiner Eröffnung versucht worden:

1. Eröffnung per vaginam.
2. Per rectum.
3. Der Perinealschnitt.
4. Der Parasakralschnitt.

Die Eröffnung des Douglasabszesses per vaginam kann sowohl mit dem Skalpell unter Freilegung der hinteren Scheidenwand durch Specula als auch mit zu diesem Zwecke besonders konstruierten Instrumenten vorgenommen werden (Landau-Vogel, Fränkel u. a.). Von den in der Klinik Fehling behandelten Fällen von Douglasabszeß (50) sind 47 mittels des Landau-Vogel'schen Instrumentes operiert worden ohne jeden Zwischenfall, der der Methode zur Last gelegt werden könnte. Ich kann nicht umhin, die vaginale Eröffnung des Douglasabszesses mit dem Landau-Vogel'schen oder einem ähnlichen Instrumente als die bequemste und bei weitem ungefährlichste Methode zu bezeichnen. Die Operation nahm meistens folgenden Verlauf: Nach gründlicher Desinfektion der Scheide wird im Ätherrausch unter Leitung des linken Zeigefingers im hinteren Scheidengewölbe an Stelle der größten Vorwölbung oder dort, wo Fluktuation nachweisbar ist, eine Troikart-Nadel eingestoßen, während ein Assistent zur Sicherheit den Tumor von den Bauchdecken aus fixiert. Kommt man nicht auf Eiter, so wird eventuell ein zweites oder drittes Mal an anderer Stelle versucht. Im anderen Falle wird unter Leitung der Nadel das Landau'sche Instrument in die Abszeßhöhle eingeführt. Die Nadel wird entfernt und die Zange 3—5 cm gespreizt. Ein Druck von außen, um den Abfluß des Eiters zu beschleunigen oder zu vervollständigen, wird nicht ausgeübt; Spülungen der Abszeßhöhle unterbleiben ebenfalls. Bei Hämatocelen wird alsdann eventuell der Hämatocelensack mit der Vaginalwand vernäht. Die Zange wird nach Abfluß des Eiters entfernt. Hierauf vorsichtiges digitales Austasten der Höhle und Einlegen eines möglichst großen T-Drains. Die Wunde sowie der obere Teil der Scheide wird tamponiert. Dauer der Operation 5—15 Minuten.

Das Landau-Vogel'sche Instrument wurde von Fränn-

k e l modifiziert, indem er Troikart und Spreizzange zu einem Instrument vereinigte. Er hat sein Instrument nach einer Arbeit, die im Jahre 1907 erschien, in 91 Fällen angewandt und zwar bei jeder Art von Eiterungen im kleinen Becken, sogar bei solchen Tumoren, die nicht direkt mit der Vagina verwachsen waren, ohne jemals der Frau einen Schaden zuzufügen. Er sagt: «Eine außerordentlich brauchbare Methodik setzt uns in Stand, die para- und perimetritischen Entzündungen, die mit Bildung eines noch so kleinen Tumors verlaufen, von der Scheide aus früh zu entspannen und mit der Außenwelt in Verbindung zu bringen, fast ganz ohne Rücksicht auf Organ, Sitz und Art der Erkrankung».

F e h l i n g geht nicht so weit. Er warnt besonders davor, nicht komplizierte tubare Eitersäcke durch Drainage nach der Vagina zur Ausheilung bringen zu wollen, da wegen der vielfach gewundenen Höhle die Drainage nur eine unvollkommene sei und man deshalb die Heilungszeit kaum abkürze. Ferner setze man dadurch, daß man die Tuben mit der Außenwelt in Verbindung bringe, dieselben einer Reinfektion mit vollvirulenten Gonococcen oder anderen Bakterien aus, was ebenfalls ihre Ausheilung verzögere.

Jedenfalls beweist die Statistik F r ä n k e l s und auch die vorliegende Statistik die absolute Gefahrlosigkeit dieser Art des Operierens bei technisch geschulten Operateuren, daß ferner die Vorwürfe, das «Operieren im Blinden» führe leicht zu Verletzungen des Ureters und der Arteria uterina oder zu Perforationen des Rectums oder anderer Darmabschnitte, absolut unberechtigt sind. Voraussetzung zur gefahrlosen Operation ist, daß ein genügend gut fühlbarer und besonders nach oben hin gut abgrenzbarer Tumor vorhanden ist. Sicherlich hat die Operation vor der Eröffnung des Abszesses mittels Skal-

pell auch das voraus, daß sie bedeutend leichter und schneller ausgeführt werden kann, da das Arbeiten mit Skalpell in der Tiefe sehr erschwert sein wird, die Portio aber wegen der entzündlichen Verwachsungen nicht vor die Vulva disloziert werden kann. Es wäre solches auch nicht wünschenswert, weil durch die starken Zerrungen die Abszeßmembran reißen und der Eiter sich in die freie Bauchhöhle ergießen könnte. Man wird auch mit scharfen Instrumenten Arterie und Ureter leichter verletzen können, während dieselben der stumpfen Spreizzange ausweichen.

Wie jede Operation, so ist auch die «vaginale Drainage» von Douglasabszessen noch von vielen anderen Autoren modifiziert worden.

So inzidieren viele Autoren das Scheidengewölbe mit Skalpell und durchstoßen alsdann, wenn nötig, die Abszeßmembranen mit der Kornzange.

Laroyenne punktiert den Abszeß mit einem Troikart, führt durch die Kanüle ein Metrotom ein, zieht jetzt dieselbe zurück und erweitert nun unter Kontrolle des Fingers schneidend die Öffnung.

Bei komplizierten Abszessen, d. h. wenn multiple perimitritische Abszesse mit Ovarial- oder Tubenabszessen zusammen bestehen, sind noch die verschiedensten Methoden von Gynäkologen zum Zweck einer ausgiebigen Drainage empfohlen worden: Seitliche zirkuläre Umschneidung der Portio mit einseitiger Durchtrennung des Ligamentum latum (Dührssen u. a.), Resektion des Uterus (Th. Landau) und zuletzt die vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe, welch letztere zur Zeit von Landau sehr empfohlen wurde. Es ist mir bei dem Mangel an eigener Erfahrung nicht möglich, die technischen Möglichkeiten und den Wert dieser Operationen inbezug auf ihre Heilungserfolge kritisch zu untersuchen.

Ein zweiter Weg, einen Douglasabszeß zu eröffnen, ist der rectale. Morian berichtet in einer Statistik von 25 Fällen über denselben. Er brauchte zur Eröffnung der Abszesse das Landau-Vogel'sche Instrument. Keine Drainage. Keine Spülung der Höhle. In 6 Fällen entstanden Kotfisteln und zwar nach Meinung des Verfassers deswegen, weil er wegen der Fortsetzung des Abszesses bis auf die rechte Darmbeinschaufel auch von oben drainiert hatte. In den übrigen Fällen hatte er gute Heilerfolge. Morian hält den «vaginalen Weg nicht für ratsam bei jungfräulichen Verhältnissen und auch ohnedies, da die Gefahr besteht, die Gebärmutter längere Zeit mit Eiter in Berührung zu bringen». Jedenfalls ist die Vaginalwand weit widerstandsfähiger gegen längerdauernde Berührung mit Eiter als die Rectalwand. Auch wird solches durch die ohnedies notwendigen Spülungen der Abszeßhöhle und damit auch der Vagina vermieden.

Beim perinealen Schnitt bringt man die Patientin in Steinschnittlage und legt den Schnitt, beim Weibe hinter der Vagina, senkrecht zur Raphe perinei.

Bei der vierten Methode, die Jaboulay 1892 zuerst angewandt und von Hochenegg und seinem damaligen Assistenten Pendl auf Grund eines größeren Materials empfohlen wurde (1901 und 1902), bringt man den Patienten in linke Seitenlage und legt einen leicht bogenförmigen, etwa 10 cm langen Hautschnitt, der etwa 1 cm vom After beginnt und dem rechten Rande des Os sacrum entlang läuft.

Die letzten Methoden haben neben dem Nachteile eines großen chirurgischen Eingriffes den Vorteil, daß man imstande ist, unter guter Kontrolle des Auges zum Abszeß vorzudringen und denselben so zu eröffnen; als zweites noch die sicher garantierte, ausgiebige Drainage.

Wie bei jeder Abszeßbehandlung, so hängt noch besonders bei den durch die Scheide drainierten Douglasabszessen der endgültige und volle Erfolg von einer gewissenhaft ausgeführten Nachbehandlung und zwar besonders von einer sicheren und guten Drainage ab. Die Inzision von der Vagina aus ist an sich nicht ungünstig, da der tiefste Punkt des Abszesses der Vagina anliegt, und es ist erstaunlich, wie schnell, trotz der verhältnismäßig sehr kleinen Inzisionswunde, ein Liter und mehr Eiter fassende Abszeßhöhlen verschwunden sind. Der Abfluß des Eiters wird gesichert durch Hochlagerung des Oberkörpers, durch den T-Drain (Fränkel legt bis zu drei Kautschukdrains ein, die er an die Vaginalwand annäht und bis zu 6 Wochen liegen läßt), ferner durch Spülungen, die in der Klinik Fehling vom vierten Tage der Operation ab täglich zweimal vorgenommen werden (geringe Borlösung unter möglichst geringem Druck). Jeder vierte Tag wird der Drain gewechselt. Droht die Vaginalwunde sich zu schließen, ehe die Abszeßhöhle vollständig verschwunden ist, und treten wieder Fiebersteigerungen auf, so wird die Wunde abermals mit dem Landau'schen Instrument erweitert, was meistens ohne Narkose geschehen kann.

Bei Bestehenbleiben der Eiterfistel kommen zuerst Spülungen, Erweiterung, alsdann Ausschabung und Ätzung, zuletzt die vaginale Hysterectomie samt Entfernung des Eitersackes oder dessen Beseitigung auf abdominalem Wege in Frage (Sänger).

Um die Resorption der nach abgelaufenen Douglasabszessen häufig zurückbleibenden Schwarten und harten Exsudatmassen zu beschleunigen, können jene Reihe von Mitteln in Frage kommen, die auch sonst von Gynäkologen zur Beförderung der Resorption empfohlen werden: Ichthyol- und Thigenol-Glycerintampons 5—20 %, Pinse-

lungen mit Jod oder Jodkalitampons, endlich Einreibungen mit Credé'scher Silbersalbe auf die zuvor gereinigte Haut in der Nähe des Beckens; ferner Hitze, in Form der Heißlufttherapie, wie sie von A. W. Freund zuerst empfohlen wurde, in Form von heißen Scheidenirrigationen mit der Hasse'schen Birne, von heißen Sitz- oder Vollbädern, feuchtwarmen Umschlägen, Breiumschlägen, Thermophoren. Ein sehr gutes Mittel, die Resorptionsverhältnisse im kleinen Becken zu verändern, besitzen wir im Pelvitherm (Stanger), der in der Klinik Fehling mit großem Erfolg in subakuten und chronischen Stadien bei gonorrhoischen Adnextumoren angewandt wird. Er besteht aus einer elektrisch geheizten Metallkugel, die in die Scheide eingeführt wird. Örtliche Temperaturerhöhungen bis zu 40° und mehr werden mittels dieses Instrumentes anstandslos vertragen.

Endlich kämen noch die Belastungstherapie (Quecksilberkolbenrynter, Schrotbeutelbelastung) und die verschiedensten Bäder, besonders Moor- und Soolbäder in Frage.

Die Behandlung der nach Douglasabszessen zurückbleibenden Schwarten wird in der Klinik Fehling gewöhnlich so geleitet, daß die Patienten in der letzten Zeit der klinischen Behandlung angelernt werden, sich selbst Thigenol-Glycerintampons (15,0 : 200,0) zu applizieren. Sie werden alsdann angehalten, täglich abends vor dem zu Bettgehen einen Tampon einzuführen, der morgens entfernt wird. Wenn dieselben sich alsdann nach 4 Wochen zur Nachuntersuchung vorstellen, findet man die Exsudatmassen meistens verschwunden oder stark reduziert.

Da der Douglasabszeß immer aus einer eiterigen Erkrankung anderer Organe seinen Ursprung nimmt, so wäre vielleicht noch die Behandlung des Grundleidens zu erwähnen. Die Diagnose eines perforierten Darm- oder

Magengeschwüres bedingt die Laparotomie und die Exstirpation jener erkrankten Teile. Bei den durch erkrankte Tuben und Ovarien entstandenen Douglasabszessen fällt deren Behandlung meistens mit der Nachbehandlung des Douglasabszesses durch Resorbentien zusammen. Für eine etwa trotzdem noch notwendig werdende Exstirpation der Tuben und Ovarien ist eine rationelle Behandlung des Douglasabszesses von großem Werte. War eine Appendicitis das Grundleiden, so ist auch bei diesen Fällen nach Ansicht P e n d l s eine operative Nachbehandlung des erkrankten Appendix meistens nicht notwendig. Nach P e n d l bleiben von 10 Fällen 9 nach rationeller Behandlung des Douglasabszesses ohne alle Beschwerden. Im 10. Falle mußte er wegen bestehenbleibender Eiterfistel die Radikaloperation anschließen.

Die Prognose eines Douglasabszesses kann im ganzen als günstig bezeichnet werden. Von den 50 in der nachfolgenden Statistik erwähnten Fällen konnten 40 durchschnittlich in 20,5 Tagen arbeitsfähig aus der Klinik entlassen werden. Von den übrigen starben drei und zwar Fall 22 an chronischem Darmschluß 92 Tage post operationem. (Pathologisch-anatomische Diagnose: Dysenterie des Dünndarmes mit Kotabszeß im Douglas und Perforation nach der Vagina; Peritonitis chronica.)

Bei Fall 39 war die Drainage nur als Notoperation ausgeführt worden. Die Patientin, die in desolatem Zustande in die Klinik kam, starb 6 Stunden nach der Operation. Pathologisch-anatomische Diagnose: Starke eiterige Peritonitis universalis. Vereiterung der rechten Tube und des rechten Ovariums.

Fall 43 zeigte ebenfalls bei der Aufnahme schon das Bild eines schweren Zustandes. Eine Besserung des Zustandes durch die Operation wurde kaum erzielt. Patientin wurde nach der Eröffnung 17 Tage in der Klinik

behandelt und starb einige Tage später in der medizinischen Klinik. Pathologisch-anatomische Diagnose: Oophoritis, Pelveoperitonitis und Peritonitis suppurativa. Vielleicht hätte eine rechtzeitig ausgeführte Laparotomie in diesem Falle Heilung gebracht.

Fall 36, 37 und 45 mußten bei geschlossener Inzisionsöffnung wegen größerer Adnextumoren je 109, 139 und 48 Tage in der Klinik behandelt werden.

Bei Fall 31 wurde 21 Tage nach der vaginalen Drainage wegen größerer gonorrhoischer Adnextumoren die Laparotomie angeschlossen. Glatte Heilung.

Bei Fall 30 wurde wegen Verdacht auf Tubarabort die Laparotomie ausgeführt. Hierbei wurde ein Douglasabszeß festgestellt und nach der Vagina drainiert. Der Fall wurde kompliziert durch einen Bauchdeckenabszeß in der Laparotomiewunde.

Bei Fall 17 und 48 konnte als Ätiologie des Douglasabszesses Tuberkulose festgestellt werden. Beide mußten nach längerer Behandlung mit wenig gebessertem objektiven Befund entlassen werden.

Das Ergebnis vorliegender Arbeit möchte ich in folgende Sätze zusammenfassen:

Die «vaginale Drainage» (Fränkel) des Douglasabszesses mittels des Landau-Vogel'schen oder eines ähnlichen Instrumentes muß durchaus als die Methode der Wahl bezeichnet werden und genügt meistens vollkommen, um die Abszesse schnell und sicher zur Heilung zu bringen.

Bestehen größere gonorrhoische Adnextumoren bei geringerem, eiterigem Exsudat im Douglas, so käme eher die Laparotomie mit Resektion der Adnextumoren und Drainage nach der Vagina in Frage.

Bei starkem, eiterigem Exsudat im Douglas und großen gonorrhoischen Adnextumoren kommt als Methode der Wahl die zweiseitige Operation in Frage und zwar zunächst die rationelle Behandlung des Douglasabszesses und nach Ausheilung desselben die operative Behandlung der Adnextumoren durch Laparotomie.

Die günstigsten Resultate gaben die Fälle von Douglasabszeß und Perityphlitis, welche alle zur glatten Heilung führten.

Tabellarische Uebersicht.

Journ. Nr.	Jahrgang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
164	1901	Fr. E. St. 24 J.	Pelveoperitonitis. Douglasabszess.	Perityphlitis?	Übliche. Ein Liter dünnflüssiger, übelriechender Eiter.	Neun Tage post operationem Entlassung. Inzisionswunde fast geschlossen. Kein Fieber. Wohlbefinden. 19 Tage später wiederum Aufnahme wegen Schmerzen und Fieber. Die noch eben offene Wunde mit Sonden erweitert und tamponiert. Alsdann Heilung in 11 Tagen. Bei der Entlassung indolente Schwarte im Douglas.
535	1902	Fr. P. R. 24 J.	Douglasabszess.	Gonorrhoischer doppelseitiger Adnextumor.	12 Tage nach Erkrankung grosses Exudat im Douglas. Am 16. Tage Eiter punktiert. Übliche Behandlung.	Zehn Tage post operationem Entlassung. Uterus rekliniert cum Anteflexione, mit der Cervix nach hinten verwachsen. Rechtes Ovarium auf das doppelte vergrössert, beweglich. Links ist der etwa faustgrosse Tumor fast völlig verschwunden. Geringe Schwarte noch vorhanden.
558	1902	Fr. P. B.	Douglasabszess.	Gonorrhoische Adnextumoren.	3 Wochen nach Beginn der Erkrankung Ausbildung des Abszesses. Übliche Behandlung. 120 ccm dünner, nichtstinkender Eiter.	21 Tage post operationem Entlassung. Wunde fast geschlossen. Wenig Ausfluss. Im Douglas sehr harte, unempfindliche Schwarte. Rechts und links vom Uterus fast keine Resistenzen mehr zu fühlen. Wohlbefinden.

554	1902	Fr. E. A. 42 J.	Parametritis und Perimetritis puerperalis. Douglasabszess.	Wochenbett.	105 Tage nach Beginn der Erkrankung wurde Douglasabszess festgestellt. Übliche Behandlung. Kl. Menge stark stinkenden Eiters mit Blut untermischt.	20 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Derbe, kleinfingerdicke, indolente Schwarte im Douglas. Kein Ausfluss mehr.
342	1902	Frl. S. H. 40 J.	Douglasabszess.	Perityphlitis	Übliche. 30 ccm stinkender Eiter. Im mikroskopischen Präparate kokkenähnliche Gebilde. Kultur steril.	19 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Im Douglas eine derbe, unempfindliche Schwarte.
	1902	Fr. Chr. S.	Douglasabszess.	Perityphlitis.	Übliche.	32 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Im Douglas eine indolente Schwarte.
232	1902	Fr. M. B.	Douglasabszess.	Wochenbett.	Übliche. $^1/_4$ Ltr dickflüssiger, nicht stinkender Eiter. Im Ausstrichpräparate und kulturell Streptokokken.	Am 10. Tage der Erkrankung Eröffnung des Abszesses. Vor der Eröffnung pyämisches Fieber, abends bis 39,4°. Seit Eröffnung fieberfrei. Am 34. Tage post operationem Entlassung.
82	1902	Fr. M. H.	Residua post abortum. Douglasabszess.	Wochenbett.	Übliche. Entleerung von dickem, mit Blut gemischtem, grünem Eiter.	Am 8. Tage nach Ausschabung Schüttelfrost. Temp. 40°. Seitdem pyämisches Fieber. Am 19. Tage Eröffnung eines Douglasabszesses. Es bleiben jedoch leicht erhöhte Temperaturen bis 38°. 17 Tage nach der 2. Operation Eiter im Stuhl. Seitdem fieberfrei und Wohlbefinden. Am 28. Tage nach Eröffnung des Douglas Entlassung mit dünner, indolenter Schwarte im Douglas.

Journ. Nr.	Jahrgang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
309	1903	Fr. J. R. 26 J.	Kleines Fibroid des l. Ovariums. Douglasabszess post operationem.	Operation: Colpotomia posterior mit Tamponade des Operationsgebietes.	Übliche. 200—300 ccm Eiter.	16 Tage nach der 1. Operation geht Stuhl durch die Vagina ab. 37 Tage post operationem Eröffnung des Douglasabszesses. 71 Tage nach der 1. Operation Entlassung mit einer kleinen Dünndarmscheidenfistel.
249	1903	Frl. G. L. 26 J.	Linksseitiger Ovarialtumor. Cystoma. Douglasabszess.	Operation: Colpotomia posterior.	Drain in die sich spontan öffnende Abszesshöhle.	Seit Operation Fieber. 15 Tage später spontaner Durchbruch des Eiters durch die Scheide. Fieberfrei, Heilung. 30 Tage postoperationem Entlassung.
58	1903	Fr. M. K. 27 J.	Rechtsseitiger Ovarialtumor mit Vereiterung nach Punktion. Douglasabszess.	Punktion.	Übliche. Es entleert sich altes Blut mit Schleim und Eiter vermischt, sehr übelriechend.	26 Tage post operationem Entlassung. Vom 7. Tage ab normale Temperatur, vorher noch bis 39,2°.
73	1904	Fr. A. L.	Pelveoperitonitisches Exsudat.	Wochenbett.	Übliche. 120 ccm dünnflüssiger Eiter.	22 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Inzisionswunde geschlossen. Unempfindliche Schwarte im Douglas.

37 und 374 vergl. 618	1904 1903	Fr. B. L. 37 J.	Vereiterter maligner Tumor im Douglas, vom Ovarium oder Rectum ausgehend.	Pathol. anat.: Cylinderzellencarcinom. (Prof. Schmidt.)	Erweiterung und Drainierung einer hinter der Portio vorhandenen eiternden Fistel.	14 Tage post operationem Entlassung mit offener, mässig sezernierender Wunde. 7 Monate später Entfernung von 870 gr bröckligen Gewebes aus dem Douglas.
483	1904	Frl. E. R. 30 J.	Links Adnextumor mit vereitertem Douglasexsudat.	Seit 6 Jahren lungenleidend. Pleuritis?	Übliche. Es entleert sich 300 ccm blutiger Eiter, der wie Coli riecht.	15 Tage post operationem Entlassung. Die Öffnung im hinteren Scheidengewölbe eben noch für einen Finger durchgängig. Links vom Uterus straffe, unempfindliche Resistenz.
671	1905	Fr. L. K.	Douglasabszess.	? Periode einmal ausgeblieb. Pat. erkrankte plötzlich mit Schmerzen im Leib, Durchfällen, Erbrechen, leichter Blutung aus den Genitalien.	Übliche. 200—300 ccm Eiter. Im Eiter Streptokokken und Bact. coli nachweisbar.	23 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Im hinteren Scheidengewölbe diffuse Resistenz.
626	1905	Fr. J. Sch.	Vereitertes pelveoperitonit. Exudat.	Abort.	Übliche. 250 ccm Eiter, äusserst übelriechend.	23 Tage post operationem beschwerdefrei entlassen. Befund: Um den Uterus harte, derbe, indolente Schwarte.
540	1905	Frl. F. M. 19 J.	Vereiterter Ovarialtumor. Douglasabszess.	Tuberkulose. Eiter auf Meerschweinchen verimpft, erzeugt Tuberkulose.	Übliche. Grünlicher, nicht übelriechender Eiter.	45 Tage post operationem von den Eltern aus der Klinik herausgenommen. Fistel eitert noch, doch ist das Allgemeinbefinden etwas besser. Im Urin Eiweiss.

Journ. Nr.	Jahrgang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
433	1905	Fr. J. M. 54 J.	Vereitertes Douglasexsudat.	? Beginn der Erkrankung mit Blutung aus der Vagina vor 2 Monaten.	Übliche. $^1/_2$ Liter dünnflüssiger, nicht stinkender Eiter.	15 Tage post operationem Entlassung, fieber- und schmerzfrei. Kein abnormer Befund mehr.
358	1905	Fr. E. B.	Vereitertes Douglasexsudat.	Abort mit manueller Plazentarlösung.	Übliche. 500 ccm übelriechender Eiter.	15 Tage post operationem Entlassung. Inzisionswunde geschlossen. Harte Schwarte im Douglas. Wohlbefinden.
125	1905	Fr. K. A. 30 J.	Rechtsseitige Extrauterin-gravididät. Tubarabort. Infizierte Hämatocele.	s. Diagnose.	Übliche.	26 Tage post operationem Entlassung; fieberfrei vom 1. Tage der Operation ab. Inzisionswunde eben noch offen. Sonst kein abnormer Befund mehr.
15	1905	Fr. J. Fr. Privatkranke	Douglasexsudat.	Perityphlitis? Rechts drei Finger über der Symphyse harte Resistenz.	Übliche. ca. 500 ccm dicker Eiter, stark übelriechend, mit Blut und Fibrin untermischt.	Sofortiger Abfall des Fiebers (38,5°) zur Norm. Am 15. Tage wiederum plötzlich 39,1. Nach einer zweiten Erweiterung der fast geschlossenen Öffnung glatte Heilung. 33 Tage post operationem Entlassung.

771	1906	Frl. E. V. 23 J.	Perityphlitischer Abszess im Douglas.	Hereditär tuberkulös belastet. Pathol. anatomische Diagnose: Dysenterie des Dünndarmes mit Kotabszess im Douglas und Perforation nach der Vagina. Peritonitis chronica. Appendix o. B.	Übliche. $1^1/_2$ Liter dünner Kot, mit Eiter vermischt.	Pat. ist nach der Operation etwas besser, doch geht dauernd Kot und Eiter aus der Fistel ab. 92 Tage post operationem Exitus an chronischem Darmverschluss.
522	1906	Frl. K. E.	Douglasabszess.	Perityphlitis? Vor 8 Jahren Darmentzündung mit rechtsseitigem Tumor.	Übliche.	15 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Im hinteren Scheidengewölbe auf der rechten Seite noch eine starke schwartige Resistenz zu fühlen.
279	1906	Fr. L. K. 37 J.	Hämatocele retrouterina, infiziert.	Ectopische Schwangersch.	Übliche.	33 Tage post operationem entlassen. Der bis 4 Finger über Symphyse reichende Tumor verschwunden. Inzisionsöffnung fast geschlossen. Noch wenig Ausfluss. Befinden gut.
233	1906	Fr. M. H. 23 J.	Vereitertes Douglasexsudat.	Gonorrhoischer Adnextumor.	Übliche.	17 Tage post operationem entlassen. Der bis zwei Finger unterhalb des Nabels reichende Tumor verschwunden. Allgemeinbefinden gut. Wunde geschlossen.
39	1906	Fr. J. G.	Douglasabszess.	Infizierte Hämatocele.	Punktion ergibt Blut von stinkendem Geruch. Übliche Behandlung mit Annähen des Hämatocelensackes an die Vagina mit 5 Nähten.	21 Tage post operationem entlassen. Glatte Heilung ohne Fieber vom 1. Tage der Operation ab.

Jo urn. Nr.	Jahr-gang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
531	1907	Fr. Cl. F. 32 J.	Douglas-abszess.	? Bis 8 Tage vor Einlieferung in die Klinik immer gesund.	Übliche. Stinkender Eiter.	17 Tage post operationem entlassen. Glatte Heilung. Bei der Entlassung links von der Portio eine diffuse, etwas harte Resistenz.
322	1907	Fr. E. K.	Douglas-abszess.	Abort.	Übliche. In dem mit Blut vermischten Eiter Streptokokken.	15 Tage post operationem entlassen. Glatte Heilung. Bei der Entlassung hinten im Douglas links, sowie im linken Parametrium diffuse, nicht schmerzhafte Resistenz.
224	1907	Fr. M. N. 36 J.	Rechtsseitiger Tubaovariell. Tumor. Douglasabszess im Rezidiv.	Gonorrhoe.	Übliche. Grünlicher stinkender Eiter.	17 Tage post operationem entlassen. Sekretion aus der noch eben offenen Inzisionswunde minimal. Allgemeinbefinden gut. Rechts und links in den Parametrien vom hinteren Scheidengewölbe aus noch Härten zu fühlen.
304	1909	Fr. M. Sch. 25 J.	Douglas-abszess.	Abort. Im reichlichen, dünnflüssigen Eiter kulturell Streptokokken und Bact. coli.	Wegen Verdacht auf Tubarabort Laparotomie. Drainage nach dem Douglas.	7 Tage post operationem Bauchdeckenabszess gespalten. 19 Tage post operationem Sekundärnaht, die per primam heilt. 29 Tage post operationem Ausräumung des Uterus. Inhalt: Zottengewebe. 31 Tage post operationem geheilt entlassen. Genitalien normal.

735	1910	Fr. M. Schw. 39 J.	Douglasabszess. Rezidiv.	Gonorrhoische Adnextumoren, doppelseitig.	Übliche, reichlich rahmiger Eiter. 21 Tage post operationem Laparotomie: Rechts Salpingooophorectomie, Links Salpingotomie mit Drainage nach dem Douglas.	59 Tage post punktionem, 38 Tage post laparotomiam geheilt entlassen. Befinden gut. Im Douglas kein Exsudat mehr.
729	1910	Fr. E. D. 36 J.	Douglasabszess.	? Bei der Periode plötzlich erkrankt mit peritonitischen Symptomen. Brennen beim Wasserlassen.	Übliche. Reichlich grüner Eiter und Blut. Eiter steril.	21 Tage post operationem entlassen. Glatte Heilung. Bei der Entlassung Genitalbefund absolut normal. Allgemeinbefinden gut.
672	1910	Fr. B. F. 27 J.	Douglasabszess.	Abort vor 3 Monaten. (Polikl. Journal.)	Übliche. Reichlich Eiter in dem anaerobe Streptokokken nachgewiesen wurden.	14 Tage post operationem entlassen. Genitalbefund absolut normal. Glatte Heilung.
651	1910	Fr. M. N. 40 J.	Pelveoperitonitischer Senkungsabszess.	Perityphlitis.	Übliche. Sehr reichlich gelblicher, rahmiger Eiter.	14 Tage post operationem entlassen, beschwerde- und fieberfrei. Linkes Parametrium bei Druck noch etwas empfindlich.
675	1911	Fr. K. Sp. 49 J.	Verdacht auf doppelseitiges Ovarialcarcinom.	?	Laparotomie ergibt Douglasabszess. Drainage nach der Scheide.	10 Tage post operationem Spaltung eines Bauchdeckenabszesses. Am 26. Tage Sekundärnaht, heilt per primam. Bei der Entlassung Uterus in dicken unempfindlichen Schwarten eingebettet.

Journ. Nr.	Jahrgang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
619	1911	Fr. K. J. 31 J.	Douglasabszess.	Doppelseitige gonorrhoische Adnextumoren.	Übliche. Es entleert sich dunkelbraune, stinkende Flüssigkeit. Tamponade. Pelvitherm etc.	Wurde 109 Tage in der Klinik behandelt. Anfangsbefund: Der Tumor reicht bis zwei Finger unterhalb des Nabels. Schlussbefund: Uterus vorne, beweglich, Tuben verdickt, druckempfindlich. Ovarien abgrenzbar, druckempfindlich.
594	1911	Frl. M. P. 19 J.	Douglasabszess.	Doppelseitige Adnextumoren. Gonorrhoe.	Übliche. Eiter auch aus dem rechten Adnextumor entleert. Schwitzen. Pelvitherm etc.	Wurde 135 Tage in der Klinik behandelt. Wunde am sechsten Tage vollständig geschlossen. Befund bei der Entlassung: Schwarte im Douglas. Uterus normal. Linke Tubenecke sehr empfindlich.
431	1911	Fr. M. M. 43 J.	Douglasabszess.	Doppelseitige Adnextumoren. Gonorrhoe.	Übliche.	Am 16. Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Eiterung fast versiegt.
380	1911	Frl. E. R. 21 J.	Douglasabszess.	Seit der letzten Periode krank. Starkes Brennen beim Wasserlassen. Path. anatom. Diagnose: Starke eitrige Peritonitis universalis. Vereiterung der rechten Tube und des rechten Ovariums.	Übliche.	Die schon vorher sehr schlechte Pat. starb 6 Stunden nach der Operation.

222	1911	Fr. D. E. 26 J.	Douglas-abszess.	? Vor 3 Wochen plötzlich erkrankt.	Übliche. Reichliche Eiterentleerung.	12 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Keine Eiterabsonderung mehr. Wunde für einen Finger noch durchgängig.
141	1911	Fr. E. B. 43 J.	Douglas-abszess.	Gonorrhoische Adnex-tumoren.	Übliche.	16 Tage post operationem Entlassung. Der vorher das kleine Becken fast ausfüllende Tumor ist bis auf eine diffuse, schwartige, indolente Resistenz verschwunden. Inzisionswunde fast geschlossen.
135	1911	Fr. K. G. 42 J.	Douglas-abszess.	Wurde 1907 wegen gonorrhoischen Adnextumors in der Klinik behandelt.	Übliche. Gelblich-grüner Eiter, steril.	28 Tage post operationem Entlassung. Pat. hat immer noch Schmerzen im Leib. Der Douglas ausgefüllt von einer dicken, schwartigen Masse. Inzisionsöffnung geschlossen.
678	1912	Fr. S. Z. 29 J.	Douglas-abszess. Adnextumor oder stielgedrehte Ovarialcyste.	Anamnestisch nichts. Path. anatom Diagnose: Oophoritis suppurativa Pelveoperitonitis suppurativa. Peritonitis suppurativa.	Übliche.	17 Tage post operationem auf eigenen Wunsch hin in schwerem Zustande (Peritonitis) entlassen. Starb einige Tage später in der medizinischen Klinik.
572	1912	Fr. K. H. 35 J.	Douglas-abszess	Abort s. Polikl. Journal.	Übliche.	15 Tage post operationem Entlassung. Wohlbefinden. Harter Tumor in der Gegend der Drainöffnung, der allmählich nach oben verschwindet und von den Adnexen nicht zu trennen ist.

Journ. Nr.	Jahrgang	Name und Alter	Klinische Diagnose	Ätiologie	Therapie	Erfolg
107	1912	Fr. A. F. 45 J.	Douglasabszess.	Doppelseitige Adnextumoren. Gonococcen nicht nachgewiesen.	Punktion und Drainage des linken Tumors (kleinfaustgross) Pelvitherm.	Wird 48 Tage behandelt. Nach 14 Tagen Wunde geschlossen. Wird mit doppelseitigen, kleinen derben Adnextumoren entlassen. Leidliches Wohlbefinden.
46 und 176	1912	Fr. E. S.	Douglasabszess.	Adnextumoren.	Landan, darauf mit Scheere erweitert, Auswischen der Höhle mit Kampfer, Drainage. Tamponade.	Pat. wird 28 Tage post operationem entlassen, fieberfrei; Gutes Allgemeinbefinden.
194	1913	Fr. V. L. 41 J.	Parametritis puerperalis. Douglasabszess. Pyämie. Metastasen.	Wochenbett.	Übliche.	7 Tage post operationem Wundhöhle fast geschlossen. Links Scheidengewölbe noch hart infiltriert. Pat. wird am 31. Tage post operationem auf die chirurgische Klinik verlegt wegen Hautabszessen, 16 Tage später von dort geheilt, doch in sehr schlechtem Ernährungszustand entlassen.
233	1913	Fr. K. L. 46 J.	Pelveoperitonitis. Douglasabszess.	Salpingooophoritis dextra. Path. anatomisch: Tuberculose.	Übliche. Entleerung reichlicher bröcklicher Massen.	Nach einmonatlicher Behandlung Uterus fest eingemauert. Infiltration der Parametrien, besonders rechts. Inzisionswunde noch offen, führt in eine zerklüftete Höhle. Mässige Eitersekretion. Subjektives Befinden gut.

450 und 505	1913	Fr. M. W. 39 J.	Douglas-abszess.	Ausschabung wegen Abort.	Übliche. Reichlich rahmiger, weissgelber Eiter.	34 Tage post operationem fieber- und schmerzfrei entlassen. Rechts und links vom Uterus diffuse Resistenz. Inzisionsöffnung fast geschlossen. Noch geringe Eitersekretion.
587	1913	Frl. Chr. F.	Douglas-abszess.	Doppelseitige Adnextumoren.	Übliche. Hühnereigrosse Höhle. Rahmiger Eiter.	24 Tage post operationem entlassen, schmerz- und fieberfrei. Links und rechts vom Uterus kleinapfelsinengrosse. nicht bewegliche, kaum schmerzhafte Tumoren.

Literaturverzeichnis.

1. Asch u. Winkler, Über Beckeneiterungen extragenitalen Ursprungs. Zentralbl. für Gyn., 1905.
2. Bogdanovici, Die evacuierende Kolpotomie. Münch. med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.
3. Dührssen, Über konservierende Behandlung von eiterigen Adnextumoren und ihre Folgezustände durch vaginale Inzisionsmethoden. Arch. für Gyn., Bd. LX, H. 3.
4. Fehling, Zur Behandlung eiteriger Adnexe. Beiträge zur Geb. u. Gyn., Bd. 12, H. 3.
5. Fränkel, Die vaginale Inzision. Arch. für Gyn., Bd. 83.
6. Freund, W. A., Über Resorptionskurven. Zentralbl. für Gyn., 1897, Nr. 40.
7. Freund, H., Gynäkologische Streitfragen, 1913, Stuttgart.
8. Geuer, Über die Bedeutung der Perityphlitis für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. für Geb. u. Gyn., Bd. 16.
9. Hochenegg, Über sakrale Eröffnung von perityphlitischen Douglasabszessen. Wiener med. Wochenschr., 1901, Nr. 8.
10. Helme, Der Appendix in seiner Beziehung zur Beckenentzündung. Zentralbl. für Gyn., 1907.
11. Internationaler Gynäkologenkongreß in Genf 1896: Über die Behandlung von Beckeneiterungen. Ref. Zentralbl. für Gyn., 1896.
12. Kehrer, E, Beitrag zur Behandlung chronischer Beckenexsudate. Zentralbl. für Gyn., 1901.
13. Koch, Über die Eröffnung der im kleinen Becken sich bildenden perityphlitischen Abszesse durch den Parasakralschnitt. Münch. med. Wochenschr., 1899, Nr. 1.
14. Khautz, Anurie bei Douglasabszeß. Wiener klin. Wochenschr., 1907.
15. Morian, R., Über Douglaseiterungen. Münch. med. Wochenschr., 1906.

16. Neumann, A., Die Verwendung des Fritsch-Bazemann'schen Katheters als Dauerdrain bei Beckeneiterungen. Zentrabl. für Gyn., 1898.
17. Peham u. Keitler, Über die Behandlung von Eiteransammlungen in den Adnexen mittels Inzision und Drainage. Festschrift für Chrobak. Wien 1903.
18. Pendl, Zur Therapie des epityphlitischen Douglasabszesses. Wiener klin. Wochenschr., 1902, Nr. 14.
19. Rosenblatt, De l'incision du cul de sac postérieur dans les suppurations pelviennes et les hématocèles pelviennes. Etude critique. Thèse de Paris.
20. Sänger, M., Die Behandlung der Beckeneiterungen. Sammlung klin. Vorträge. N. F., Nr. 178. Leipzig, Breitkopf u. Härtel.
21. Seeligmann, Appendicitis und Douglasabszeß. Zentralbl. für Gyn., 1906.
22. Veit, Handbuch der Gynäkologie, 2. Aufl.
23. Vogel, Zur operativen Behandlung solitärer Abszesse. Wiener med. Wochenschr., 1894, Nr. 38—44.
24. Vandenhoff, Über einen Fall von posttyphösem Beckenabszeß mit daraus sich entwickelnder Ileovaginalfistel und Heilung nach vaginaler Radikaloperation bei einem 16jährigen Mädchen. Inaug.-Diss., Berlin 1898.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit «Über Douglasabszesse beim Weibe», Paul Johann Eberhard Schlaghecken, wurde in Esserden (Kreis Rees, Rheinprovinz) am 6. Januar 1887 als Sohn des Gutsbesitzers Heinrich Schlaghecken zu Esserden geboren.

Seine Schulbildung erhielt er an der Volksschule zu Esserden, der Rektoratsschule zu Rees und dem Königl. Gymnasium zu Emmerich, wo er am 20. März 1907 das Zeugnis der Reife erhielt. Im Sommer 1907 ließ er sich an der Universität Marburg als Student der Medizin immatrikulieren und verbrachte dort das 1., 2. 4. und 5. vorklinische Semester, das 3. verbrachte er in Kiel. Seine vorklinischen Lehrer waren die Herren Professoren: Disse, Hensen, Gasser, Korschelt, Kutscher, v. Korff, A. Meyer, v. Spee, Schenk, Richarz, Zinke, Zumstein. Die ärztliche Vorprüfung bestand er zu Marburg am 5. August 1909. Hierauf bezog er für die zwei folgenden Semester die Universität München und verbrachte seine letzten Semester zu Straßburg i. E., wo er am 24. Mai 1912 die ärztliche Prüfung vollendete mit der Zensur «gut».

Während seiner Praktikantenzeit war er die ersten 4 Monate an der Lungenheilstätte der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz in Ronsdorf bei Elberfeld und die übrige Zeit im allgemeinen Krankenhaus «Maria Hilf» zu München-Gladbach tätig. Vom 1. August bis 1. Dezember 1913 war er als Volontärarzt an der Universitätsfrauenklinik zu Straßburg i. E. tätig. Seine klinischen Lehrer waren in München die Herren Professoren: v. Angerer, Baisch, Borst, Gebele, v. Müller, Pfaundler, Posselt, Schmitt, und in Straßburg i. E. die Herren Professoren: Bayer, Chiary, Czerny, Fehling, Hertel, Ledderhose, Levy, Madelung, Manasse, E. Meyer, Moritz, v. Tabora, Schickele, Schmiedeberg, Uhlenhuth, Wenkebach, Weidenreich, Wollenberg.